

- ケアプランの内容について介護支援専門員の要請に応じて指導・助言を随時行うこと
- 要介護（支援）認定を受けた者が市町村の保健福祉サービスを利用する場合にはその部分について実際にケアプランを作っている介護支援専門員に対して必要な助言・指導を行うこと

○ それらについては市町村委託事業として委託料の対象となりうること  
 等が書かれており、明らかに介護支援専門員の個別の支援を行うことも含めた（介護保険サービスに限らない）高齢者の支援の全体についてマネジメントする立場が与えられていることが分かる。<sup>30</sup>しかしながら、地域型センターについては、地域の高齢者の実態把握や台帳の整備、さらには国庫補助事業である「介護予防・地域支え合い事業」の対象となっているサービスのうち一部について実施すること等が書かれているものの、居宅介護支援事業所との関係については、各種情報提供・情報交換の相手先として書かれている以外は「居宅介護支援事業所の介護支援専門員よりソーシャルワーク援助の依頼があった場合に、これに応ずるよう努めること」とされているのみであり、基本的には居宅介護支援事業所は介護保険、地域型センターはそれ以外という役割分担がなされていること以外の違いは見えてこない。今後は、地域型も含めた各自治体における高齢者の生活を支える制度全体の中での役割分担の在り方について方向性を示す必要があると考えられる。

また、その際に忘れてはならないのが、実際にサービスを利用する高齢者の側の視点である。介護サービスは、利用者個々人の生活そのものを支えるものであることから、サービス提供側において可能な限りの努力を行って利用者の観点から見た利便性を高める方向で制度が構築されるべきであると考えられる。また、一般的に福祉分野におけるサービスは「人」に依存する割合が大きく、その分システムにある程度不備があっても現場の努力によってカバーされる部分が多いが、そのような形でのサービス提供は制度の安定性から見ると必ずしも理想的な姿ではなく、システム自体が利用者の利便性に沿った形で構築される必要があるのではないかと考えられる。その意味では、介護保険制度の導入によって「契約」という観点が前面に出てくるようになったことにより、利用者の立場のエンパワーメントがかなりの程度まで達成できているという側面もあるが、後述のように市場競争の導入によって制度全体について利用者のために安定的な運営ができるかどうかという点について疑義が生じる場合もあり、どのような形でシステムとして高齢者の生活を地域において支援していく体制を作っていくかという点について検討を進める必要があると考えられる。

### 3 「これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方に関する検討委員会」中間報告に見る今後の施策の方向性

介護保険制度の導入後、介護保険サービスに限らず、介護予防や生活支援事業等も含めて地域の高齢者の生活をトータルに支援していくための基本的サービスメニューの整備は進められてきているが、それだけに、それらのサービスがどのように連携していくのか、誰がどのようにして全体のマネジメントを行っていくかといった点は、今後ますます重要になると考えられる。その意味でも、上記においても指摘したように、サービス利用の支援を行うという点では共通の性格を持つ在宅介護支援センターの業務と居宅介護支援事業所の業務の関係が（少なくとも現場において活用可能なレベルで）体系化されていないという状況は問題であると思われる。そのような問題は、地方分権が進んできている現在においては、各自治体ごとにその内容について独自に検討し、それぞれの決定に沿って独自の取り組みを行うことが望ましい姿ではあると考えられるが、やはり基本的な全体の枠組みが示されることの意味は大きい。そのような中、上述の「2015年の高齢者介護」と同じ時期（2003年3月）に、全国在宅介護支援センター協議会において、介護保険制度施行後3年間の状況を踏まえつつ在宅介護支援センターを巡る課題を整理し提言を行うことを目的として「これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方に関する検

討委員会」(白澤政和座長)が設置され、同年5月に中間報告がとりまとめられている。その中で、高齢者介護研究会の報告書における問題提起にも対応した形で、今後の在宅介護支援センターの進むべき方向性についてまとめられており、今後そのような論点について検討していく上で重要な示唆を得ることができるので、以下その内容を紹介しつつ、在宅介護支援センターと居宅介護支援事業所の在り方及び今後進むべき方向性について分析を試みる。

この中間報告は、在宅介護支援センターが市町村行政の代替機能を担っており高い公益性を持つことを前提として、在宅介護支援センターをめぐる課題について、①居宅介護支援事業者への指導・支援、②介護予防サービスのコーディネーション、③要援護高齢者の発見と支援・保護の3点に集約している。その上で提言として、基幹型センターについては配置職員の資質の維持・向上と地域ケア会議の強化を、地域型センターについては地域型独自で行う「担当地域ケア会議」の設置や介護予防サービスのコーディネーション、要援護高齢者の発見と支援・保護の体制強化と痴呆性高齢者への対応、ボランティア等のインフォーマルサポートの育成への関与等を求めており、全体として在宅介護支援センターが地域の高齢者福祉の増進に関して指導的役割を果たしていくことの重要性を強調している。

また、その上で、ケアニーズを持つ高齢者への総合相談システムから権利擁護、苦情解決からサービスの第三者評価機能的な取り組みまで行って地域ケアシステムの中で核となることを求めている(図5参照)。

この中間報告書は、今後の在宅介護支援センターの在り方について具体的に検討を行ったものであり、公表されたのはこちらの方が先であるが、ある意味では上述の「2015年の高齢者介護」を受けて「地域包括ケアシステム」の在り方を具体化したものと位置づけることもできるであろう。例えば、地域型独自で「担当地域ケア会議」を行うことの必要性が指摘されているが、これは、「担当区域全体の高齢者を対象として自らの業務を行うとともに、居宅介護支援事業者に対して指導・支援

\* 「これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方に関する検討委員会」中間報告書：厚生労働省HPより引用

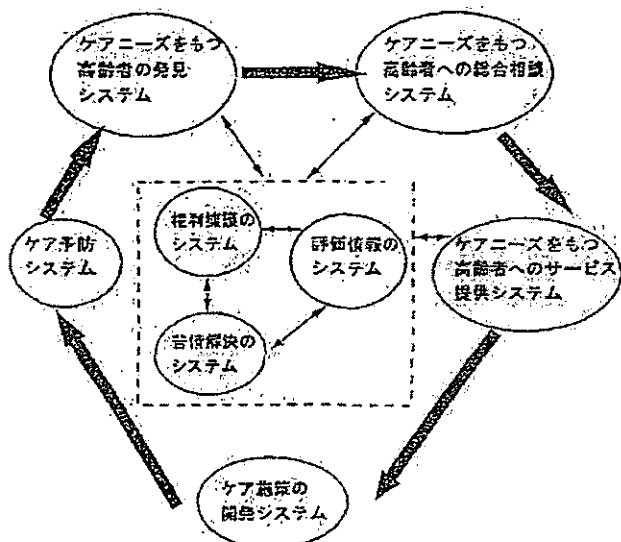


図5：「地域ケアシステムを構成するもの」

を行っていくために、広く関係者が集まって事例検討等を通じて情報を共有し合い、課題を解決していくもの」と位置づけられており、地域型センターについては、基本的には介護保険非該当の高齢者を中心に支援していくものであるにせよ、基幹型と同様に居宅介護支援事業所の指導・支援を行う主体としても位置づけつつその具体的な仕組みを提案しているところが新しい試みである。また、各センターにおける職員の資質の確保・向上が必須要件ではあるが、特にある程度規模の大きな市町村においては、地域全体におけるサービスのマネジメントをある程度各地域に分権化した形で行うことが可能となるため、それらの市町村における地域包括ケアシステムとしてある程度普遍化できる形を提示しているということも言えるであろう。<sup>31</sup>この中間報告書だけでは在宅介護支援センターのいわば理想型を描いているのにとどまっており、実際に各自治体がその実情に応じて実行可能なシステムの在り方についても、ある程度パターン分けされた方向性を含めて別途検討が加えられる必要があるのではないかと考えられるが、<sup>32</sup>基本的にはこのような形で地域包括ケアシステムを構築していくことが望まれるものである。

#### 4 その他の問題点：介護サービスの市場化の中での高齢者の生活を支える機能の在り方に関する一考察

以上、地域において介護等のサービス提供についてマネジメントを担当し、高齢者の生活を支える主体である在宅介護支援センターと居宅介護支援事業所が、今後ともいわば車の両輪として機能していくためにその連携のあり方について検討を進めていく必要があることを指摘したが、<sup>33</sup>それらよりさらに基本的な、サービス提供体制の在り方そのものとも関連する問題として、介護保険制度の導入に伴い介護現場で市場競争が進められてきた現状において地域のサービス提供全体に係るマネジメントの在り方そのものが問われている状況にあることが指摘されなければならない。これは、介護保険制度導入前は、市町村が高齢者に対するサービス提供に責任を持つ主体として、在宅サービスの現場において、ホームヘルプ等のサービスや在宅介護支援センターについても委託という形態でその供給自体についても行政的なコントロールが働き、それによって高齢者保健福祉をつかさどる行政主体である市町村において全体を統括していくことが（結果として適切に行われてきたかどうかの評価は別として）比較的容易であったものが、介護保険制度の導入に伴い、在宅サービスについては法人格のある主体が要件を満たせば基本的に自由に参入することが可能な状況となり、それに加えて、それらサービスのマネジメントを行う主体についても居宅介護支援事業者については自由参入となったことにより、市町村としてその供給についてコントロールのきく範囲が実態として狭くなってきたことによるものが大きい。

極端な言い方をすれば、これは、少なくとも在宅介護については市場競争、すなわち「神の見えざる手」により基本的にはサービス提供者と利用者との間の関係でうまくことが運ぶという前提で作られた介護保険制度が、サービスの供給そのもののあり方（参入自由化）も規定してしまうこととなったために、逆にそれに対して市町村が自らの判断で口を出すことが制度の枠組み上限られるようになってしまったことが大きいものと考えられる。もちろん、サービスの質の面についての関与は法令の規定に従い可能であるが、<sup>34</sup>量的な面でのコントロールについては主体的な判断の余地が小さくなってきている（又は主体的な判断を行うことによって、「市場競争」という他の観点に基づく原則に抵触する可能性が出てくる）ということである。このような状況の中、在宅介護事業や居宅介護支援事業に参入した営利法人の数は着実に増加しており<sup>35</sup>、また、例えば大手事業者の経営状況はかなり好転しているような状況も見られ<sup>36</sup>、介護市場において営利法人立の事業者のプレゼンスは大きくなりこそすれ小さくなることは考えにくい。そのような状況が、地域において高齢者の生活をトータルに支えていく体制づくりによどのような影響を与えることになるのか。

このような民間事業者のいわば本音と思われる部分が端的に明らかになったものとして、公正取引委員会がまとめた「介護保険適用サービス分野における競争状況に関する調査報告書-居宅サービスを中心に-」（2002）がある。この報告書は、純粋に民間事業者の視点で競争政策を推進していくべきというスタンスで書かれており、それ自体の評価は別途行われるべきと考えられるが、同調査によると、民間事業者の間では、社会福祉法人等が在宅介護支援センターの指定を受けることによって利用者を獲得してしまうことが不公平である（正当な競争が行われていない）という意見を約4割が持っていたり、在宅介護支援センターの委託を受けた民間事業者にその理由を尋ねたところ「利用者獲得につながる（可能性がある）ため」と回答したところが7割近くに上っていたりしているということであった。

これらの回答を見ると、特に後者の設問については具体的な設問の形態による影響も考えられる<sup>37</sup>が、企業体として利益を求めることを目的とした事業者にとっては当たり前の意見ということであるかもしれない。しかしながら、「世のため人のため」に行うものであった福祉の基本的な考え方からすると明らかに違和感を持たざるを得ない。また、それら事業者の観点は、（良質なサービスを提供した上でのことではあるが、）あくまでも利潤動機に基づく自らの企業の発展が中心とならざるを得ず、それぞれの自治体の状況を面として

捉えたマネジメントを行う際に限界があるのではないかと考えられるが、市場競争の考え方を押し進めると、そのような利潤動機さえあれば全体としてうまくいくのではという方向に流され、市場競争重視の中で在宅介護支援センターの行う分野にまで民間企業が多く進出していくようなことになると、それだけ市町村としては全体の舵取りを行うことが困難になっていくことが予想される。さらに、民間事業者が企業の論理だけで個々の地域に参入・撤退を決めることができ、しかもその業務範囲は一市町村・一都道府県の域内に限られないという状況下においては、そもそも自らの行政区域内における高齢者の保健福祉の向上を使命とする市町村の権限の及ぶ範囲外で供給の在り方が決められてしまうケースが多くなると考えられる。そのようなことを反映してか、また、そもそも市町村を経由せずサービスを利用することが可能になったこと等も踏まえて別の言い方をすれば制度的な責任に対する感覚が希薄化しているためか、市町村として、例えば高齢者介護・生活支援について「事業所まかせ」「ケアマネまかせ」となっているところがある状況も散見されるところである。<sup>38</sup>

もちろん、従来のような、ある意味では市町村の恣意的な判断が働いているのではないかと疑念を生じるような慣行は廃止されるべきであり、例えば一定の法人類型のみに関して優遇的な取り扱いを行うことは既に制度的にも許されないものとなっている。また、より透明性が高く説明責任に基づいた行政が求められている昨今、自由参入による市場競争に基づく介護サービスの提供という方向性自体は評価されこそすれ否定されるべきものではない。しかしながら、そのような状況だからこそ、市町村としては、自らの地域における高齢者保健福祉に関する理念をしっかりとってサービス提供の枠組み作りにイニシアティブを取っていくことが以前にも増して必要となっているということが言えるであろう。<sup>39</sup> また、その意味でも、行政委託サービスとして継続している在宅介護支援センターを、行政目的を達成するためのツールとしてこれまでも増して有効活用することが求められている。その上で、基本的にはその地域への参入そのものについては市町村として関与することができない居宅介護支援事業者についても、在宅介護支援センターを通じてきちんと支援する体制を作っていくということが重要となっていくと考えられる。言葉を変えれば、利潤動機によりサービスが提供されていくということを前提としつつ、福祉の考え方に基づき利用者を保護していくという観点をしっかりとって、地域において高齢者を支援していく体制づくりについて行政としてこれまでより一層考えていく必要があると言えるであろう。

## 5 まとめ

これまで見てきたように、地域において高齢者の生活をトータルに支援する体制に向けた制度設計についての検討はいろいろな方面において行われてきており、制度の理想型のイメージはかなり共有されてきているが、現場レベルでは介護保険制度導入以降の違和感（介護保険制度に係るケアマネジメントとその他のサービスについてのマネジメントが分離していること等）が払拭されるには至っていないように見受けられ、市町村によっては在宅介護支援センターの活動が低調なところも見受けられる。しかしながら、関係者の熱意と努力で創意工夫をこらし、すばらしい成果を上げているところもかなり存在し、それらの成果は事例集などによってまとめられているところである。<sup>40</sup> それらの事例に見るように、まずは、各市町村において高齢者介護・生活支援や介護予防についてしっかりとした理念を持つことが重要であると考えられ、それら理念を実現するために在宅介護支援センターを含めた地域のリソースをいかに活用していくかということが、今後、各市町村に課せられた検討課題であるということが言えるであろう。<sup>41</sup>

しかしながら、それら各自治体による独自の取り組みを基本としつつ、事例を広め、各自治体の担当者が具体的に当該自治体内での制度設計を行う際の参考とするという手法は、基本的には福祉分野の業務は人によるところが大きい現状下では、一つの考え方ではある

ものの、人口、高齢化率、地域の開発状況等が様々に異なる中で、そのような事例紹介のみでは、他の自治体において対応可能かどうかという点について検証が困難であるなど、限界があることも事実である。また、第4節でも述べたように、市場競争が進む中で地域の中で高齢者の生活を支援する体制を安定的に確保していくことも今後ますます難しくなっていくことが予想されるなど、根本的な制度論に関する検討が必要な部分も数多く残されている。したがって、全体のシステムとしての検討についても今後さらに深めていくことが必要であると考えられる。現在、介護保険制度の見直しも含めた高齢者介護・生活支援や介護予防の体制について抜本的な見直しが厚生労働省を中心として行われているところであり、それらによってより良いシステムが構築されていくことを望むものである。

<sup>1</sup> OECD(1994)pp37-48 及び Kalisch 他(1998)p104 を参照。

<sup>2</sup> 厚生労働省「平成15年版厚生労働白書」(2003) pp14-20 及び pp57-60 を参照。例えば、2002(平成14)年には子どもと同居してない高齢者(一人暮らしを含む)は全体の約半分に達しており、また、2001(平成13)年において、手助けや見守りが必要となった高齢者がそのような状態になってからどの程度の期間が経過しているのかを見ると、約半分が3年以上、約4分の1が5年以上となっていた。さらに、要介護高齢者等と同居している主たる介護者の半分以上が60歳を超え、男性については4割以上が70歳以上であった他、主たる介護者がほとんど終日介護を行っているケースが全体の約4分の1もあった。

<sup>3</sup> これらの問題のうち前半の部分(在宅生活が困難な状況、施設・在宅二分論の打破、介護保険制度の枠を超えた制度構築等)も、今後の高齢者保健福祉のあり方を考えていく上で非常に重要ではあるが、それらに係る詳細な議論は次年度の報告書において行うこととし、本章においてはそれらを前提とした全体のサービスのマネジメントに関する部分に特化した議論を行う。

<sup>4</sup> 以下、本節及び第3節の多くは、筆者もそのとりまとめに参加した「地域ケアマネジメント推進・定着のための調査研究報告書」((社)生活福祉研究機構、2004(近刊))第2章をもとに加筆・修正を行ったものである。

<sup>5</sup> 岡本(1993)pp55-63 を参照。

<sup>6</sup> 厚生省社会局老人福祉課(1987) p75 を参照。

<sup>7</sup> 厚生省社会局老人福祉課(1987) p50-p55 を参照。

<sup>8</sup> 例えば、1987(昭和62)年には市区町村ごとに「高齢者サービス調整チーム」を置く制度が創設されるなど、この頃から保健・医療・福祉に係る各種サービスの総合的な調整という観点が行政においても強調されるようになってきているのがみてとれる。

<sup>9</sup> 柴田(1990)p44 及び p46 を参照。

<sup>10</sup> 以下、2000年以前の状況について言及する場合には、注釈をつけずに「厚生省」とする。

<sup>11</sup> 「ゴールドプラン」は、1994(平成6)年には内容の充実が図られて「新ゴールドプラン」となり、各サービスの整備量の目標値が引き上げられたものもあったが、在宅介護支援センターについてはそのまま据え置かれた。しかしながら、新プランにおいては在宅介護支援センターの情報提供機能の強化がうたわれるなど、質に関する改善が図られた。

<sup>12</sup> 村川(1990)p69 を参照。

<sup>13</sup> なお、当時は「ケースマネジメント」という呼称が一般的であり、村川(1990)でもその文言が用いられているが、高齢者介護・自立支援システム研究会(後述)の報告書(1994)において介護保険とともに「ケアマネジメント」の導入が主張されて以降、「ケアマネジメント」の方が一般的になってきている。実際には両者は同じ意味で用いられている。

<sup>14</sup> なお、同条の施行(1993(平成5)年4月1日)に合わせて厚生省令の改正が行われ、法第6条の2中「その他の厚生省令で定める施設」の例示として「在宅介護支援センター」が挙げられた。その定義は、「主として居宅において介護を受ける老人又は養護者に対して、介護方法、生活等に関する相談に応じ、必要な助言及び指導、介護の措置等に係る市町村、老人福祉施設、医療施設その他関係機関との連絡調整等の必要な援助を総合的に行う施設」とされた。

<sup>15</sup> 理由は不明であるが、1994年改正以降、法令上は「在宅介護支援センター」ではなく「老人介護支援センター」で統一されている。しかしながら、実務上はあまり通用していない名称である

こと、厚生労働省の通知等においても「在宅介護支援センター」とされていることから、本章においては、特に法律との関係上明記する必要がある場合を除き、「在宅介護支援センター」という文言を用いている。

<sup>16</sup> なお、同年の改正の際には、第6条の2において委託することができる施設について老人デイサービスセンターに加えて老人介護支援センターが明記された他、市町村が行わなければならない事務として新たに「必要な情報の提供」が追加されている。これは、新ゴールドプラン（上述）において在宅介護支援センターの情報提供機能の強化がうたわれていることに対応しているものと思われる。

<sup>17</sup> 社会福祉法人立のセンターに対する補助。医療法人立で病院等に併設するセンターに対する補助については、1992（平成4）年度予算より計上。また、そのいずれについても2003（平成15）年度予算からは廃止されているが、それは、既に一定のレベルにまでセンターが配置されたことによるものではないかと考えられる。

<sup>18</sup> （財）長寿社会開発センター「平成12年度老人保健福祉マップ」（同財団のホームページ <http://www.nenrin.or.jp/>を参照）

<sup>19</sup> また、施設数については2001年10月時点で7560施設にまでなっている（図4を参照）。

<sup>20</sup> また、報告書全体のトーンである「高齢者自らの選択」「利用者本位のサービス」「市場メカニズムの活用」といった理念、さらには報告書においてはケアマネジメントを行う機関は「利用者が複数のケアマネジメント機関の中から選択できるようなものであることが適当である。」としていることから、機関の選択まで利用者が自由に行うことができるような（おそらくは行政の委託ではなく独立した）機関が想定されていたのではないかと想像することはでき、それが現在の在宅介護支援事業所の原型となっていると考えられる。

<sup>21</sup> その他、同法第20条の7の2（老人介護支援センター）も改正されているが、措置制度が無くなることに伴う文言上の修正等の技術的な改正以上の実質的な改正点はみられない。施行規則のレベルでは、「福祉用具の展示及び紹介」が業務から削除されている（つまり、それらを業務として行うことが一義的には想定されなくなっている）が、その理由は定かではない。

<sup>22</sup> 高室他（2004）上・p53及び（社）生活福祉研究機構（2004・近刊）第1章を参照。

<sup>23</sup> 平成10年全国厚生関係部局長会議資料（老人保健福祉局分）：厚生労働省HPより引用。以下、全国厚生関係部局長会議資料及び全国介護保険担当課長会議資料について引用元は同じ。

<sup>24</sup> この点については、ケアプラン作成については1件いくらか報酬が入るために、経営者としては在宅介護支援センター独自の業務ではなく居宅介護支援事業所としてのケアプラン作成を重視しがちであることが指摘されている（例えば高室他（2004）上・p53を参照）。

<sup>25</sup> なお、例えば実態調査等に基づいた在宅介護支援センターの在り方に係る提言として、副田（2003）pp114-120を参照。

<sup>26</sup> 2001年度の業務実態について調査したもの。調査期間は2002年8月中旬～9月上旬、有効回答数は1,235（有効回答率71.5%）。

<sup>27</sup> 例えば、全国在宅介護支援センター協議会（2000）p11等を参照。

<sup>28</sup> なお、法人類型別の割合を見ると、居宅介護支援事業所全体では、社会福祉法人（社会福祉協議会を含む）は3割強であり、市区町村立は5%に過ぎないのに比べて、営利法人が3割近く（27.4%）に上っている（全国介護保険担当課長会議資料（2003.9.8）p274を参照）。

<sup>29</sup> 厚生労働省「平成15年版厚生労働白書」（2003）p77-p79を参照。

<sup>30</sup> さらに、2002（平成14）年度予算で創設された「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業」（2003（平成15）年度予算で7.3億円を計上）については、実施要綱（「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」（直近の改正：平成15年老発第0521005号））には基幹型センターの役割が明確には書かれていないが、ケアマネジメントリーダー研修の対象者の例として基幹型センターの職員等が含まれていること、その業務として地域ケア会議を活用した個別ケースに対する助言等が含まれていること等から、ケアマネジメントリーダーの活動拠点として基幹型センターが想定されていることが見てとれる。

<sup>31</sup> なお、この「担当地域ケア会議」については、平成16年度予算概算要求（厚生労働省）において所要の経費に対する補助の創設が盛り込まれていたが、最終的な予算案においては反映されなかったという経緯がある。

<sup>32</sup> 「2015年の高齢者介護」に対するものであるが、同様の趣旨の見解として、橋本（2004）p23を参照。

<sup>33</sup> 今後の方向性に関する試案として、（社）生活福祉研究機構（2004）第5章を参照。

<sup>34</sup> もっとも、現時点においては、市町村は介護保険事業者に対して「文書その他の物件の提出若しくは提示を求め、若しくは依頼し、又は当該職員に質問若しくは照会をさせることができる」（介護保険法第23条）とされているのみであり、例えば法的な立入調査権限などは与えられておらず、その点において市町村としてサービスの質の確保に対する関与が不十分だという指摘がある。そこで、介護保険制度の見直しの中で市町村の権限強化の方向で検討が行われているところである。

<sup>35</sup> 厚生労働省「平成15年版厚生労働白書」（2003）pp66-67を参照。

<sup>36</sup> 前田（2004）p8を参照。

<sup>37</sup> 他の選択肢を見ると、「今後の市町村との付き合いを考慮して」「知名度を上げるため宣伝の一環として」など、いずれも民間企業の営業戦略としての一環を思わせる選択肢が並んでおり、例えば地域における高齢者の支援といった社会福祉的な観点からの選択肢が設定されていないことも影響を与えている可能性がある。

<sup>38</sup> 高室他（2004）上・p56を参照。

<sup>39</sup> 介護保険制度下における自治体の責任を論じたものとして、例えば石川他（2002）を参照。また、自治体の観点から見た介護保険制度下における高齢者保健福祉のあり方について論じたものとして、例えば鏡（2001）を参照。

<sup>40</sup> 例えば、全国在宅介護支援センター協議会（2003）を参照。

<sup>41</sup> 高室他（2004）下・pp54-55を参照。

#### <参考文献>

石川満他. 自治体は高齢者介護にどう責任を持つのか-福祉事務所・ホームヘルパーと相談・援助活動-. 東京, 萌文社, 2002, 249p.

岡本多喜子. 老人福祉法の制定. 東京, 誠信書房, 1993, 223p.

介護保険法規研究会（監修）. 介護保険六法平成16年版. 東京, 中央法規, 2003, 2618p.

鏡論. 自治体現場からみた介護保険-分権時代の高齢者福祉改革-. 東京, 東京法令出版, 2001, p285.

厚生省社会局老人福祉課（監修）. 改訂老人福祉法の解説. 東京, 中央法規, 1987, 377p.

公正取引委員会. 介護保険適用サービス分野における競争状況に関する調査報告書. 2002. (<<http://www.jftc.go.jp/pressrelease/02.march/02031301.pdf>>を参照)

厚生労働省. 平成15年版厚生労働白書. 東京, ぎょうせい, 2003, 528p.

厚生労働省老健局. 全国厚生関係部局長会議資料. 全国介護保険担当課長会議資料.

(<<http://www1.mhlw.go.jp/topics/h10-kyoku/roujin-h/t0120-10.html>>

<[http://www1.mhlw.go.jp/topics/h12-kyoku\\_2/roujin-h/tp0119-1.html](http://www1.mhlw.go.jp/topics/h12-kyoku_2/roujin-h/tp0119-1.html)>

<<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/030908/index.html>>を参照)

高齢者介護・自立支援システム研究会. 新たな高齢者介護システムの構築を目指して. 東京, ぎょうせい, 1995, 289p.

柴田雅人. 介護対策検討会報告について. 厚生. 第45巻2号, 1990, pp44-48.

社団法人生活福祉研究機構. 地域ケアマネジメント推進・定着のための調査研究報告書（平成15年度老人保健健康増進等事業補助金（厚生労働省老健局）. 2004（近刊）.

全国在宅介護支援センター協議会. これからの在宅介護支援センターの機能と役割について-在宅介護支援センター運営検討特別委員会報告-. 2000, 46p.

――. 平成13年度在宅介護支援センター業務実態報告書. 2003, 105p.

――. 在宅介護支援センター『みえる、わかる』. 東京, ケアタウン教育センター, 2003, 141p.

全国在宅介護支援センター協議会. これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方に関する検討委員会. これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方について-中間報告-. 2003. (<<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kaigi/030908/sankou11.html>>

>を参照)

副田あけみ他. 介護保険下の在宅介護支援センター～事例調査と業務調査にもとづくあり方の研究～(平成13年～平成14年度科学研究費補助金基盤研究C(1)研究成果報告書). 2003, 147p.

高室成幸(司会)他. 実務座談会:市町村の“やる気”が明暗を分ける!～在宅介護支援センター(上・下). 月刊介護保険. 第9巻第96号, 2004, pp52-59及び第9巻第97号, 2004, pp52-59.

橋本泰子. ケアマネジャーに期待するのか、しないのか-「2015年の高齢者介護」を読んで. 月刊介護保険. 第9巻第95号, 2004, pp22-23.

前田由美子. 介護サービス提供事業者の経営状態と拠点展開～介護サービス提供事業者実態研究のプレスタディとして～(日医総研ワーキングペーパーNo.95). 東京, 日医総研, p14. (日医総研HPで入手可<[http://www.jmari.med.or.jp/index2.php?src=research\\_work&year=2004](http://www.jmari.med.or.jp/index2.php?src=research_work&year=2004)>を参照)

村川浩一. 高齢者保健福祉推進10か年戦略と老人福祉法の改正. 社会福祉研究. 第47号, 1990, pp68-73.

百瀬孝. 日本老人福祉史. 東京, 中央法規, 1997, 216p.

老人福祉関係法令研究会(編). 平成15年度老人福祉関係法令通知集. 東京, 第一法規, 2003, 2760p.

老人保健福祉法制研究会(編). 高齢者の尊厳を支える介護. 東京, 法研, 2003, 415p.

Kalisch, Aman and Buchele. Social and Health Policies in OECD Countries: A survey of current programmes and recent developments (Labour Market and Social Policy Occasional Papers N. 33). Paris, OECD, 1998, 162p.

OECD. New Orientations for Social Policy (Social Policy Studies N. 12). Paris, OECD, 1994, 129p.

\* その他、統計情報については、厚生労働省ホームページ(<http://www.mhlw.go.jp>)及び(財)長寿社会開発センターホームページ(<http://www.nenrin.or.jp/>)を参照。また、関係法令の制定・改廃経緯については、法令全書(大蔵省印刷局(現:独立行政法人国立印刷局))を参照。



## 第8章 介護保険事業の動向（稲城市の場合）

- 1 稲城市の概要
    - 1-1 稲城市の特徴
    - 1-2 稲城市の人口等
    - 1-3 稲城市の特徴的な取り組み
  
  - 2 稲城市の介護保険事業の動向
    - 2-1 稲城市の介護保険の実施状況等
      - 2-1-1 被保険者・要介護者等の状況
      - 2-1-2 給付の状況
    - 2-2 介護保険給付実績の政策分析
    - 2-3 第2期介護保険事業計画の介護サービス量見込み及び費用推計
  
  - 3 介護政策課題解決への取り組み
    - 3-1 稲城市の介護給付適正化事業
    - 3-2 介護保険サービス利用確認シート
    - 3-3 構造改革特区構想「介護のまちづくり特区」の提案
      - 3-3-1 介護のまちづくり特区の内容
      - 3-3-2 共同提案市町村の状況等
    - 3-4 痴呆ケア対応小規模多機能型サービス調査研究事業
      - 3-4-1 痴呆ケア対応小規模多機能型サービス調査研究事業の内容
      - 3-4-2 痴呆高齢者数の推計シミュレーション
  
  - 4 稲城市の地域政策課題への取り組み
    - 4-1 地域で安心して生きがいをもって老いられるまちづくりをめざして
    - 4-2 稲城市がめざす地域ケアシステム
      - 4-2-1 状態に対して切れ目ない保健・医療・福祉サービスの提供
      - 4-2-2 各状態に体操して今後めざす方向
- (参考資料)
- 1 稲城市介護保険条例
  - 2 保険料の算定のための基礎的な計算過程
  - 3 稲城市介護保険サービス利用確認シート

## 1 稲城市の概要

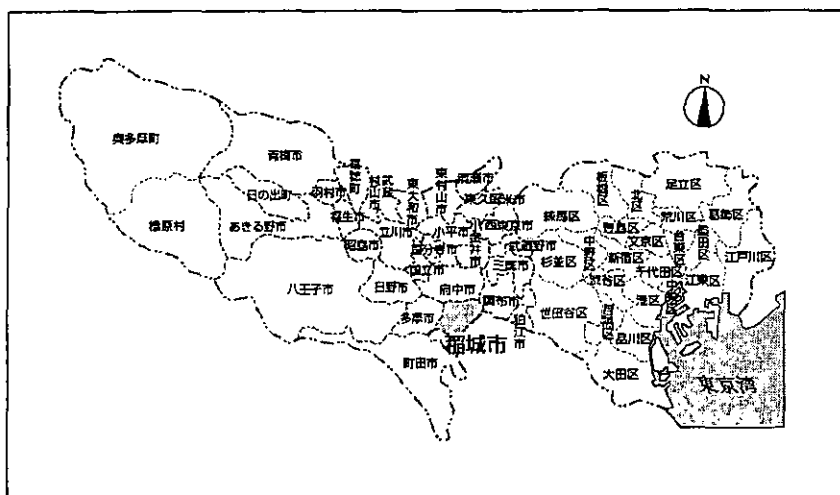
### 1-1 稲城市の位置等

稲城市は、南多摩地区の東端にあり、東南部より西部にかけて神奈川県川崎市と接し、北は、多摩川を隔て府中市、調布市に接し、西北部は多摩市に接している。

東京都心より西南に25km離れて位置しており（東経139度30分29秒、北緯35度38分5秒）東西、南北ともに約5.3km、面積17.97kmで北の境界線に当たる多摩川を一辺として、ほぼ三角形をなしている。

南側には多摩川に並行して標高約45～80mのなだらかな多摩丘陵（最高海拔162m）があり、また当市の中央部には三沢川が流れ、市を西北部と東南部に二分しており、大丸地区に谷戸川が西北部から東南部へと流れている。

稲城市の位置



### 1-2 稲城市の人口等

区分	市人口	高齢人口	高齢化率
平成12年3月31日	68,543	7,284	10.6%
平成12年4月30日	68,759	7,342	10.7%
平成13年3月31日	69,785	7,859	11.3%
平成14年3月31日	71,404	8,424	11.8%
平成14年9月30日	72,129	8,703	12.1%
平成15年3月31日	73,132	9,081	12.4%
平成15年9月30日	74,104	9,389	12.7%

※住民基本台帳に基づく人口

### 1-3 稲城市の特徴的な取り組み

#### (稲城市の特徴)

高齢化率は比較的低いですが、日常の生活圏域を想定した場合、その地域差が著しいと言える。旧来の農家の多い地区が市街化してきている地域、第1次ベビーブーム世代のための大規模団地のある地域、そして近年に大規模な開発による団地の急増地区があり、それぞれ地域の特徴が大きく異なっている。

また、比較的都心から近いこともあって、ベッドタウンとして発展してきた市である。

市域がほぼ4キロ四方であり、移動時間がかからないため、高齢者福祉は地域で充足することが可能である。

また、人口規模からみても対象者の把握が比較的容易であるため、介護保険制度導入当初からきめの細かい点に配慮した次のような施策を実施してきている。

#### (介護保険ケアプランチェック)

ケアマネージャーは介護保険制度の要であり、介護保険制度の健全な運営のためには、自立支援、生活の質の向上を目指した適切なケアプラン作成が必要となる。介護保険制度の導入に際し、ケアマネージャーがプラン作成になれていないことから、適切なプランであるか検証するとともにケアマネージャー支援をかねて実施したものである。

稲城市では、上記の必要性から制度開始直後の平成12年6月にケアプランの全件をチェックしたほか、その後は随時チェックを実施している。

#### (介護保険非該当者に対するフォロー策)

介護保険でサービスを受けるためには、要介護・要支援と認定されることが必要である。非該当と判定された方の中には家族状況、住宅状況などの理由により、何らかの支援が必要な人がいる。また、制度施行前に何らかのサービスを受けていた方が非該当と判定される場合もある。介護保険で非該当と認定された人は、今後一切サービスが受けられなくなるという誤解、不安を解消するとともに、申請者は何らかの支援を求めているとの判断から、市として、一般福祉サービスを利用に結びつけるシステムを構築することにした。

#### (高齢者に対する介護保険サービスと法定外サービスの一体的提供)

稲城市では、要介護高齢者の生活を総合的に支える観点から、市内等の社会資源を有効に活用したサービス提供を行うべきとの判断し、要介護者であっても配食サービス、会食サービス、ふれあいセンターの利用、移送サービスなどを幅広く活用することを目指している。

2 稲城市の介護保険事業の動向

2-1 稲城市の介護保険の実施状況等

2-1-1 被保険者・要介護者等の状況

被保険者数及び要介護（要支援）者数の推移

区分	第1号被保険者数		要介護者数
	75歳未満	75歳以上	
平成12年4月30日	7,205	2,543	672
平成13年3月31日	7,739	2,742	832
平成14年3月31日	8,291	2,917	975
平成14年9月30日	8,568	2,990	1,063
平成15年3月31日	8,944	3,126	1,147
平成15年9月30日	9,219	3,203	1,225

要介護者数の推移

区分	若年者		65～74		75以上	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
平成12年4月31日	36	5.4%	111	16.5%	525	78.1%
平成13年3月31日	48	5.8%	149	17.9%	635	76.3%
平成14年3月31日	64	6.6%	200	20.5%	711	72.9%
平成14年9月30日	62	5.8%	221	20.8%	780	73.4%
平成15年3月31日	63	5.5%	230	20.1%	854	74.5%
平成15年9月30日	74	6.0%	237	19.3%	914	74.6%

要介護度区分ごとの要介護者数の推移

年度	区分	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数	構成比
12年度	第1号	140	180	170	102	120	72	784	94.2%
	うち前期	33	29	31	13	26	17	149	17.9%
	うち後期	107	151	139	89	94	55	635	76.3%
	第2号	3	14	13	6	10	2	48	5.8%
	合計	143	194	183	108	130	74	832	100.0%
13年度	第1号	216	210	178	107	118	82	911	93.4%
	うち前期	52	48	41	18	22	19	200	20.5%
	うち後期	164	162	137	89	96	63	711	72.9%
	第2号	6	19	18	3	11	7	64	6.6%
	合計	222	229	196	110	129	89	975	100.0%
14年度	第1号	244	252	182	151	145	110	1,084	94.5%
	うち前期	55	44	54	27	26	24	230	20.1%
	うち後期	189	208	128	124	119	86	854	74.5%
	第2号	8	18	16	5	8	8	63	5.5%
	合計	252	270	198	156	153	118	1,147	100.0%

2-1-2 介護給付費の状況

区分	平成12年度		平成13年度		平成14年度	
	保険給付額	構成比	保険給付額	構成比	保険給付額	構成比
訪問介護	125,706,987	11.2%	201,825,076	14.7%	229,517,347	14.1%
訪問入浴	10,365,210	0.9%	14,221,571	1.0%	19,132,466	1.2%
訪問看護	35,647,780	3.2%	43,800,158	3.2%	47,474,291	2.9%
訪問リハビリ	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
通所介護	132,846,648	11.8%	166,765,695	12.2%	206,204,905	12.7%
通所リハビリ	23,563,749	2.1%	25,587,474	1.9%	31,511,209	1.9%
福祉用具	7,582,275	0.7%	21,511,647	1.6%	33,981,183	2.1%
居宅サービス 短期生活	34,810,045	3.1%	41,927,667	3.1%	50,549,041	3.1%
短期療養	1,411,746	0.1%	3,307,520	0.2%	3,275,483	0.2%
療養管理	4,680,450	0.4%	4,753,350	0.3%	8,144,730	0.5%
グループホーム	0	0.0%	0	0.0%	5,717,844	0.4%
特定施設	3,751,229	0.3%	10,119,228	0.7%	40,889,362	2.5%
居宅支援	32,340,360	2.9%	44,557,540	3.3%	52,652,820	3.2%
福祉用具購入	2,519,087	0.2%	3,125,565	0.2%	3,116,974	0.2%
住宅改修	5,468,710	0.5%	9,079,297	0.7%	10,238,380	0.6%
計	420,694,276	37.4%	590,581,788	43.1%	742,406,035	45.7%
施設サービス 特別養護老人ホーム	378,818,493	33.6%	429,948,530	31.4%	441,282,718	27.2%
老人保健施設	169,311,562	15.0%	158,346,340	11.6%	188,107,533	11.6%
療養病床等	49,579,144	4.4%	63,659,322	4.6%	110,139,151	6.8%
食事サービス	105,945,752	9.4%	115,933,102	8.5%	129,121,946	8.0%
計	703,654,951	62.5%	767,887,294	56.0%	868,651,348	53.5%
高額サービス費・審査支払	1,658,486	0.1%	12,002,931	0.9%	12,586,293	0.8%
合計	1,126,007,713	100.0%	1,370,472,013	100.0%	1,623,643,676	100.0%

## 2-2 介護保険給付実績の政策分析

介護保険は、市町村を保険者とする地域保険である。この地域保険が地域に確実に貢献しているかについては、随時検証しなければならない。

例えば、次のような事項である。

- ① 要介護者等がその地域に暮らしつづけるようになっているか。
- ② 保険料と介護サービスのバランスがとれているか。
- ③ 地域住民の期待に沿った介護サービスを供給できているか。
- ④ 地域のまちづくりに貢献しているか。

介護保険は、当初から電子データでの取り扱いが前提であったため、情報の分析評価は様々な視点で実施することができた。

次の分析は、地域ケア政策ネットワーク（C2P）の開発した「介護政策支援システム（1.2版）を使った稲城市の給付分析の例である。

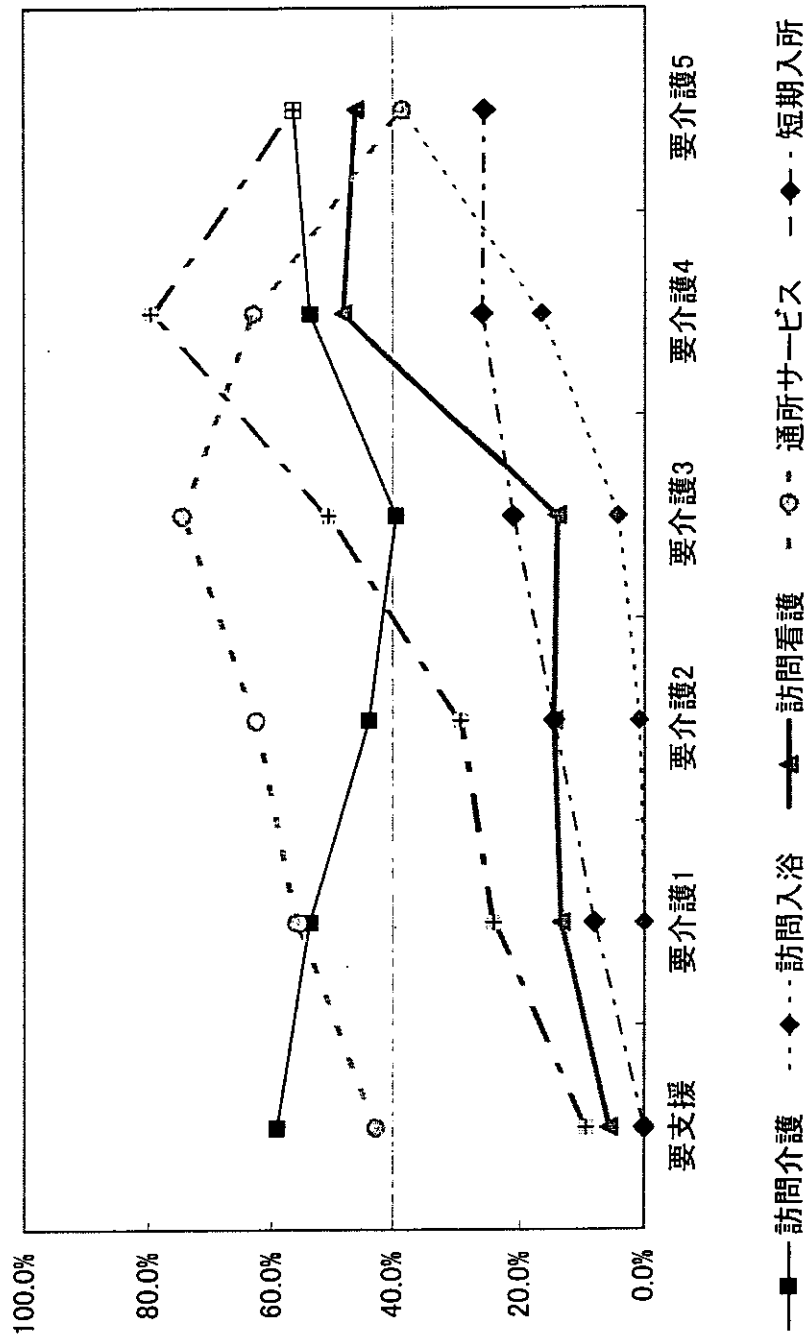
この指標23-1 要介護度別在宅サービス種類別利用率（平成14年10月）は、要介護度ごとにそのサービスの利用率の特徴を把握する際に役立つものである。

稲城市では、訪問介護及び通所サービスは、要介護度に関わらずいずれも高い利用率を示しているが、短期入所、訪問看護、訪問入浴等は、要介護度が高くなるにしたがって利用率が高くなる傾向が見られる。

※ ここにPDFファイルのグラフ「要介護度別在宅サービス種類別利用率の分析グラフ」を入れてください。

指標②3-1 要介護度別在宅サービス種類別利用率(平成14年10月)

稲城市





2-3 第2期介護保険事業計画の介護サービス量見込み及び費用推計

2-3-1 介護サービス量の見込み

(居宅サービス)

サービス内容	単位	H15年度	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度
居宅介護支援事業	人/年	629	707	799	853	939
訪問介護	時間/年	106,093	119,250	134,766	143,876	158,381
訪問入浴介護	回/年	1,824	2,051	2,316	2,474	2,722
訪問看護	回/年	6,845	7,692	8,693	9,282	10,217
訪問リハビリ	回/年	120	240	360	480	600
通所サービス	回/年	31,674	35,601	40,234	42,953	47,283
通所介護	回/年	28,216	31,713	35,841	38,263	42,120
通所リハビリ	回/年	3,458	3,888	4,393	4,690	5,163
福祉用具						
車いす	件/年	169	198	224	237	261
特殊寝台	件/年	126	148	167	177	195
じょく瘡予防	件/年	28	33	38	40	44
手すり	件/年	3	4	4	4	5
スロープ	件/年	25	30	33	35	39
歩行器	件/年	16	19	21	22	24
歩行補助つえ	件/年	6	7	8	9	10
徘徊感知器	件/年	0	0	0	0	0
居宅療養管理指導	人/年	78	86	98	103	116
短期入所サービス	日/年	5,962	6,700	7,572	8,085	8,900
生活介護	日/年	5,526	6,210	7,018	7,494	8,249
療養介護	日/年	436	490	554	591	651
痴呆対応型共同生活介護	人/年	6	6	6	12	18
特定施設入所者生活介護	人/年	45	60	60	90	90

## (施設サービス)

サービス内容	単位	H15年度	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度
介護老人福祉施設	人/年	182	182	182	184	185
介護老人保健施設	人/年	70	75	80	88	96
介護療養型医療施設	人/年	30	35	45	47	56

## 2-3-2 費用推計

(単位：千円)

サービス内容	平成15年度	平成16年度	平成17年度	合計
居宅サービス	805,897	918,851	1,023,597	2,748,345
訪問介護	290,571	326,606	369,102	986,278
訪問入浴介護	21,690	24,389	27,540	73,619
訪問看護	52,189	58,646	66,278	177,113
訪問リハビリテーション	618	1,236	1,853	3,707
通所介護	218,926	246,059	278,088	743,073
通所リハビリテーション	30,504	34,297	38,752	103,553
福祉用具貸与	33,734	39,620	44,776	118,130
居宅療養管理指導	5,474	6,035	6,877	18,386
短期入所	57,214	64,296	72,664	194,175
痴呆対応型共同生活介護	17,291	17,291	17,291	51,873
特定施設入所者生活介護	77,687	100,375	100,375	278,437
施設サービス	1,016,203	1,057,268	1,121,308	3,194,779
介護老人福祉施設	627,800	627,994	628,188	1,883,982
介護老人保健施設	250,554	268,451	286,348	805,353
介護療養型医療施設	137,848	160,823	206,773	505,444
その他	93,801	104,263	116,651	314,715
居宅介護支援給付額	64,221	72,071	81,653	217,945
福祉用具購入費給付額	4,984	5,500	6,200	16,684
住宅改修費給付額	9,992	11,000	12,000	32,992
高額介護サービス費給付額	11,082	12,012	12,684	35,778
算定対象審査支払手数料	3,522	3,680	4,114	11,316
標準給付費見込額合計	1,915,901	2,080,382	2,261,556	6,257,839

- (注) 1. 施設サービス総給付額は食事費用分を含む。  
2. 端数処理の関係で、合計が一致しないことがある。

### 3 介護政策課題解決への取り組み

#### 3-1 稲城市の介護給付適正化事業

稲城市の介護給付適正化事業は、次の5事業で構成である。

##### ① ケアプランチェック体制の強化

ケアマネジャーに対する技術的な支援として、ケアマネジャーが作成するケアプランが適切なものとなっているかを確認するとともに、アドバイスを行う事業である。

事前に提出されたケアプランを複数の専門職によるチェックとアドバイスの検討を行い、その内容をケアマネジャーへ伝える。

##### ② 国民健康保険団体連合会との伝送化による給付チェック

国民健康保険中央会が開発した介護給付費審査支払システムを活用した給付適正化システムを東京都国民健康保険団体連合会と稲城市の間でオンラインで運用する給付チェックである。東京都との3者で独自の分析システム運用の基盤として、伝送化の仕組みが構築されたところである。

##### ③ 介護保険活用読本の作成

介護保険を適切に活用する観点から、稲城市と東京都との共同事業として作成した給付適正化冊子である。内容は、「護が必要かなと思ったら」「新たな生活をどのように生きるか」「介護保険の上手な使い方」「将来の備え」などの他に稲城市の介護保険について紹介するものになっている。

##### ④ 介護保険サービス確認シート

介護保険利用者への適正利用の啓発を目的とした、ユニークな通知書である。ちょうど健康診断結果通知のような構成になっており、要介護度、基準時間、利用金額、介護サービスの利用状況、身体状況、生活へのアドバイス、要介護者等の人数と位置などを、保険者である市から通知するものである。

参考資料に通知書のイメージ見本を添付したので、参照されたい。

##### ⑤ 痴呆ケア対応小規模多機能型サービス調査研究事業

新たな痴呆ケア対応小規模多機能型サービスについて、地域の介護ニーズとサービスの供給バランスのコントロール等について、保険者の立場で関与することの在り方について、調査研究するものである。

この事業については、詳しく後述する。

### 3-3 構造改革特区構想「介護のまちづくり特区」の提案

#### 3-3-1 介護のまちづくり特区の内容

稲城市は、要介護状態となっても地域で安心して暮らしつづけていくためのまちづくりを目指し、他の14市町村と共同して「介護のまちづくり特区」の提案をしている。

これは、現行制度では、痴呆性高齢者グループホーム及び有料老人ホーム等の特定施設の乱立・偏在が地域のまちづくりが阻害されると考え、特区となることを目指すこととしたからである。

共同提案市町村は、居所を移して利用する「痴呆性高齢者グループホーム及び有料老人ホーム等の特定施設」は、地域経済の活性化（ケアを中心としたコミュニティビジネスの推進）、良質な老いの住まいの確保、ケアの連続性の保障、介護保険財政の安定化、介護保険料の適正化など、地域の介護のまちづくりの観点から市町村（保険者）が主体的に関与し、要介護者等が地域で住み続けることのできるまちとなることを目指すものである。

痴呆対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護に係る地域の介護ニーズと、実際に指定事業者となり供給される介護サービスとの間には、大きな不均衡が生じるおそれがある。具体的には、痴呆対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護が、共同提案市町村の地域ニーズにかかわらず、全国一律の形式要件を満たすことによって介護保険の給付の対象となってしまうため、共同提案市町村が各年度ごとに想定している地域ニーズを超えて事業者指定がなされることになってしまうおそれがあり、その結果、遠方からの要介護等の高齢者の入居が増高してしまうことにつながっている。このことは、目標である「要介護状態となっても地域で安心して暮らしつづけていくための計画的なまちづくり」が阻害されるばかりではなく、必要以上に保険料が高騰するといった悪影響があるものと考えている。

地域の実情に応じた木目の細かい介護サービスを目指すものであり、住居をともなった介護サービスは、まちづくりの中で住民のニーズに応じて計画的に供給することが必要であると考えており、痴呆対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護を含め、他の居宅サービスとあわせて地域に総合的に供給することが必要であり、このことは共同提案市町村におけるコミュニティビジネスモデルの創造につながるほか、地域経済の活性化にとって不可欠である。

具体的な規制改革に対する提案事項は、次の3項目である。

- ① 痴呆性高齢者グループホーム及び有料老人ホーム等の特定施設の指定にあたっては、各市町村の介護保険事業計画を上限とし、それを超える場合には（都道府県は）指定をしないこと。
- ② 市町村が希望する場合には、痴呆性高齢者グループホーム及び有料老人ホーム等の